



El empleo es de todos

Ministerio del Trabajo y Protección Social

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2019

Página: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL				PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO 5927534	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA OFICINA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO			DEPENDENCIA SIAU		DIRECCION Carrera 10 # 13 - 78 Avenida Vásquez Cobo		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF				PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO GUAJIRA		MUNICIPIO RIOHACHA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>				
CARGO O CONTRATO ACTUAL EDUCADORA FAMILIAR			DEPENDENCIA PREVENCION		DIRECCION CALLE 15 CON CARRERA 15		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL TRINIDAD GALAN				PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO BOGOTA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="7"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text" value="12"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/>				
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPISTA FISICA Y RESPIRATORIA			DEPENDENCIA		DIRECCION CALLE 3 CON CARRERA 64		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE EDUCACIÓN PARA NIÑOS ESPECIALES CRECES				PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO GUAJIRA		MUNICIPIO RIOHACHA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="7"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="3"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="6"/>				
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA			DEPENDENCIA		DIRECCION CARRERA 8 CON CALLE 15		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA	PRIVADA	PAIS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA		DIRECCION		



El empleo es de todos

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2019

Página: 3 de 4

4 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS	
					COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
5927846	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						



El empleo
es de todos

El trabajo
es de todos

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
**FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE
COMPENSACIÓN FAMILIAR**

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2019

Página: 4 de 4

5 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	25	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	11

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

CENTRAL O CONFEDERACION

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER EL CARGO DE CONSEJERO DIRECTIVO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN